	Приложение № 3
к приказу от	$N_{\underline{0}}$

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства»

Москва, ул. Москворечье, 20

Тел. 8 499 324 46 64 Приемное отделение 8 499 324 34 64 Горячая линия 8 499 324 33 66 Отдел Госпитализации

ПРАВИЛА ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ <u>РЕБЕНКА</u> В ОТДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

месту жительства (форма 057/v-04), подписанное лечащим врачом и заведующим отделением с круглой печатью учреждения и печатью лечащего врача или направление на госпитализацию, выданное врачом ФГБУ «ФНКЦ детей и	оок – 14 дней	
врачом и заведующим отделением с круглой печатью учреждения и печатью лечащего врача или направление на госпитализацию, выданное врачом ФГБУ «ФНКЦ детей и		
учреждения и печатью лечащего врача или направление на госпитализацию, выданное врачом ФГБУ «ФНКЦ детей и		
госпитализацию, выданное врачом ФГБУ «ФНКЦ детей и		
подростков ФМБА России».		
При госпитализации по ВМП: талон-направление на оказание медицинской		
помощи по ВМП или отрывной талон листа ожидания.		
Оригинал и копия паспорта одного из родителей и ребенка 14 и старше лет (1		
страница и регистрация).	`	
4. Оригинал и копия страхового полиса ребенка (с 2-х сторон).		
5. Оригинал и копия свидетельства о рождении.		
6. Оригинал и копия СНИЛС ребенка.	1	
6.1 Справка об инвалидности и ИПРА ребенка- инвалида (при наличи	ии)	
7. Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, СОЭ. Ср	ок –10 дней	
8. Общий анализ мочи.	ок –10 дней	
9. Коагулограмма - фибриноген, протромбин, тромбиновое Ср	ок –10 дней	
время, АЧТВ.		
10 <i>Анализ крови на ВИЧ</i> .	оок –3 месяца	
11. Анализ крови на гепатиты (HbsAg, anti-HCV).	ок –3 месяца	
	ок –3 месяца	
12. <i>Анализ крови на сифилис (RW)</i> . Ст		
12. <u>Анализ крови на сифилис (RW).</u> 13. <u>Группа крови, резус-фактор, Kell.</u>		
13. Группа крови, резус-фактор, Kell.	оок – 1 месяц	
13. Группа крови, резус-фактор, Kell.	оок – 1 месяц	
 13.	оок – 1 месяц	
 13.	оок – 1 месяц	
 13.	оок – 1 месяц оок – 14 дней	
 13.		
 13.		
 13. Группа крови, резус-фактор, Kell. 14. Биохимия крови: • общий белок, • общий билирубин; • мочевина; • креатинин; • АЛТ; • АСТ; • глюкоза; • калий; • натрий 15. Анализ кала на кишечную группу для детей до 2-х лет Анализ кала на яйца глистов и простейших, соскоб на энтеробиоз всем детям 		

17.	ЭКГ с расшифровкой, при наличии отклонений -	Срок –1 месяц	
	консультация кардиолога.		
18.	Заключение специалиста диспансерного наблюдения	Срок –1 месяц	
	(кардиолога, невролога, ЛОР и др.) о возможности		
	оперативного лечения под общей анестезией (если ребенок		
	состоит на учёте).		
19.	Заключение педиатра об отсутствии противопоказаний к	Срок – 3 суток	
	оперативному лечению и выполнению наркоза		
	(действительна 3 дня).		
20.	Выписка из истории развития ребенка и выписки предыдущих	к госпитализаций.	
21.	Справки об отсутствии контактов с инфекционными	Срок – 3 суток	
	заболеваниями за последние 3 недели по месту жительства		
	только из поликлиники по месту жительства, а также из		
	детского сада или школы. Если ребенок не посещает детское		
	учреждение, это необходимо указать в справке.		
	В справке должна быть указана информация об отсутствии		
	контактов с больными COVID-19 и/или вероятными		
	больными в срок не менее 14 дней до даты госпитализации.		
22.	<i>Справка</i> о перенесенных инфекционных заболеваниях.		
23.	Сведения о профилактических прививках. Копия карты п	рофилактических	
	прививок (форма 063/у) или справка от педиатра с информаци	ей о проведенных	
	прививках.		

24. Вакцинация против кори

Обязательная вакцинация	При отсутствии	При отсутствии
<i>против кори</i> по возрасту (с	<u>прививки</u> необходимо	подтвержденного факта
года до 6 лет –однократно,	подтвердить факт	заболевания необходимы
старше 6 лет двукратно). В	перенесенного заболевания	результаты анализа на
сведениях о прививке	корью (с предоставлением	наличие антител к кори (Ig
должны быть указаны	справки, заверенной	G) или медотвод. При
название, серия, доза и	подписью врача и печатью	отсутствии
даты проведения	лечащего врача)	противопоказаний
вакцинации		необходимо вакцинироваться
		за месяц до госпитализации.

25. При госпитализации необходимо предоставить результаты профилактического обследования на туберкулез

1.	Детям, привитым от туберкулеза (БЦЖ) - от года до 7 лет	Тубдиагностика
	результаты реакции Манту; старше 7 лет – ДИАСКИН-тест	проводится 1
	или реакция Манту, с предоставлением результатов за	раз в год
	последние 3 года.	
2.	Детям не привитым от туберкулеза (БЦЖ) – от 6 мес. до 7	Тубдиагностика
	лет лет результаты реакции Манту; старше 7 лет –	проводится раз
	ДИАСКИН-тест или реакция Манту, с предоставлением	в 6 месяцев
	результатов за последние 3 года.	
3.	Детям 15 лет и старше - флюорография или рентген органов	Срок – 1 год
	грудной клетки (не исключает выполнение предыдущих	
	пунктов 1 и 2) с описанием.	
4.	При отсутствии обследования (отказ, медотвод) необходимо	Срок – 1 месяц
	предоставить заключение фтизиатра из	
	противотуберкулезного диспансера о возможности	
	пребывания в детском коллективе.	
5.	При наличии виража туберкулиновых проб, гиперпробы,	Срок – 1 месяц
	изменений по результатам флюорографии или туберкулеза в	

анамнезе – заключение фтизиатра с указанием о возможности	
пребывания в детском коллективе.	

ВНИМАНИЕ!!!

1.	Госпитализация проводится только при наличии полного перечня документов с	
	соблюдением срока их действия.	
2.	С учетом эпидемиологической ситуации по новой коронавирусной инфекции	
	возможен отказ в госпитализации и при необходимости перевод в	
	специализированный стационар при:	
	3. Установление контакта с больным COVID-19;	
	4. Наличие у пациента симптомов, не исключающих коронавирусную инфекцию COVID-19.	
3.	Все справки, результаты анализов, копии анализов и документов должны быть заверены штампом медицинской организации, печатью учреждения и подписью	
	врача, выдавшего документ.	
4.	Отсутствие одного из документов является основанием для отказа в госпитализации.	
5.	Госпитализация проводится через месяц после плановой вакцинации и через	
	60 дней при вакцинации от полиомиелита живой оральной вакциной.	
6.	Наличие противопоказаний к вакцинации, медотвода, отказа от вакцинаци	
	должно быть указано в справке от педиатра из поликлиники по месту	
	жительства.	
7.	Если пациент постоянно принимает лекарственные средства, не связанные с	
	лечением основного заболевания, послужившего причиной госпитализации,	
	необходимо иметь при себе назначение врача и запас таких препаратов из	
8	расчета периода нахождения в стационаре.	
8	Плановая госпитализация проводится с понедельник по воскресенье с 8:30 до 15:00 часов.	
9.	При госпитализации иметь при себе сменную обувь, туалетные принадлежности,	
	пижаму (халат) или спортивный костюм.	
10.	В случае болезни ребенка и невозможности госпитализации в срок просьба	
	заранее сообщать в приемное отделение с 09:00 до 14:00 часов по телефону 8 499	
	324 46 64 или в отдел госпитализации по телефону 8 499 324 33 66	

ПРАВИЛА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЛЯ <u>РОДИТЕЛЕЙ</u> (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ) ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ

Обращаем Ваше внимание, что в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" информированное добровольное согласие на обследование, госпитализацию и лечение пациентов, не достигших возраста 15-ти лет могут давать ТОЛЬКО законные представители пациента — родители, усыновители, опекуны, попечители, органы опеки и попечительства.

Сопровождающему лицу, не являющемуся законным представителем несовершеннолетнего пациента, необходимо иметь документ о назначении опекуном или

попечителем в отношении несовершеннолетнего гражданина по заявлению его родителей (ст.13 ФЗ РФ от 24.04.2008 №48-ФЗ) для дачи согласий на оказание несовершеннолетнему необходимой медицинской помощи в рамках его заболевания, а также на период медицинской реабилитации.

1.	Паспорт (с ксерокопией первой страницы и регистрации)	
2.	Копию полиса обязательного медицинского страхования	
3.	Отрицательный результат исследования кала на кишечную	Срок –14 дней
	группу для родителей с детьми в возрасте до 2-х лет	
4.	Данные флюорографии	Срок – 1 год
5.	Справка об отсутствии контактов с инфекционными	Срок – 3 суток
	заболеваниями по месту жительства за последние 21 день	

6. Вакцинация против кори

Обязательна двукратная	При отсутствии данных о	При получении
вакцинация против	вакцинациях или факта	отрицательного или
кори, при отсутствии	перенесённого заболевания	сомнительного результата
подтверждение факта	предоставить результаты	необходимо вакцинироваться
перенесённого	исследования титра антител	против кори за месяц до
заболевания корью (с	(IgG) к вирусу кори,	госпитализации
предоставлением справки,	полученные за 1 месяц до	
заверенной подписью и	госпитализации	
печатью врача).		

ДОВОДИМ ДО ВАШЕГО СВЕДЕНИЯ

1.	Стационар не оплачивает дорожные расходы и не имеет гостиницы для	
	сопровождающих лиц	
2.	Плановая госпитализация ребенка осуществляется в 2-х, 3-х и 4-х местные	
	палаты	
3.	Родителю (законному представителю) ребенка до 4-х лет предоставляется на	
	безвозмездной основе передвижное спальное место и питание в профильном	
	отделении. Госпитализация одного из родителей (законного представителя) с	
	ребенком старше 4-х лет осуществляется только по медицинским показаниям и	
	решается заведующим отделением в каждом конкретном случае.	
	Родителю (законному представителю) ребенка-инвалида, который в	
	соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации	
	ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-	
	социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий	
	жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней	
	выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или)	
	самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или)	
	обучению, и (или) контролю своего поведения), независимо от возраста ребенка-	
	инвалида, предоставляется на безвозмездной основе передвижное спальное место	
	и питание в профильном отделении.	
4.	Родители (законные представители) имеют право на улучшение условий	
	госпитализации за счет личных средств (согласно прейскуранту). К улучшенным	
	условиям госпитализации относится предоставление отдельной стационарной	
	койки для одного из родителей при наличии свободных мест, госпитализация в	
	одноместные палаты и палаты повышенной комфортности.	
5.	Листок временной нетрудоспособности по уходу за ребенком выдается в	

соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.11.2021 № 1089н "Об утверждении Условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации"

Получить дополнительную информацию и задать вопросы можно на сайте: https://kidsfmba.ru